PRIMERO LA ATENCION PRIMARIA

MANUEL HUERTA ALMENDRO

A partir de 1978 se plantea lo que hoy reconocemos como la última de las grandes aportaciones en la historia de los Servicios Sanitarios a una estrategia global para intentar elevar los niveles de salud de la población.

Y es que en esta fecha, y con motivo de una conferencia convocada conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud y el fondo de las Naciones Unidas para la Infancia en Alma-Ata (URSS), se establece la necesidad de proceder a una reordenación racional de los recursos como única vía de conseguir la meta de «salud para todos en el año 2000», preconizada por la O.M.S. desde sólo un año antes.

Esta reordenación para por la priorización de la atenciòn sanitaria de primer nivel (Atención Primaria de Salud), que se define como la «asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnología sencilla, científicamente fundada y socialmente aceptable, puesta al alcance de todos los indivíduos y familias mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país pueda soportar en cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto del indivíduo, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud en el lugar donde residen y trabajan las personas, constituyendo el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria»; y donde deben resolverse el ochenta por ciento de las demandas sanitarias de la población.

Esta situación da programáticamente al traste con la anterior (a partir de la segunda guerra mundial) claramente desarrollista, fundamentada en la utilización de tecnologías médicas cada vez mas sofisticadas y caras, que alejan a los pueblos de la posibilidad de plantear sus estrategias sanitarias en función de auténticas y prioritarias necesidades de salud.

En este sentido, no es casualidad comprobar como en nuestro país, y durante los últimos treinta años se desarrolla un sistema hospitalocéntrico, demasiado caro para nuestro nivel de desarrollo, y con el más absoluto desprecio a los recursos sanitarios de primer nivel (ambulatorios), donde realmente se podrían haber asumido mejor los problemas de salud de nuestra comunidad.

El concepto de Atención Primaria nos conduce inevitablemente pues, a un cambio de filosofía sanitaria que podría estructurarse en estos puntos:

1. Búsqueda del estado de salud en lugar de la atención exclusiva al enfermo y a la enfermedad.
2. Atención preferente sobre la comunidad y el entorno frente a la individual, incluyendo una concepción integral al considerar al individuo y a la colectividad, como elementos interrelacionados expuestos a los factores sociales y ambientales del medio en que se desenvuelven.
3. Predominio de las tareas de promoción de la salud y prevención y rehabilitación de la enfermedad sobre las de curación de la persona enferma.
4. Participación comunitaria en la planificación y gestión de los servicios sanitarios.
5. La atención ofrecida (sin que esto pueda suponer una disminución de su nivel científico), no debe requerir necesariamente la utilización de tecnología sofisticada.
6. Pasar de la atención ofrecida tradicionalmente en exclusiva por el médico a otra en la que además de éstos participe de

manera eficaz un equipo multidisciplinario de profesionales.

7. Concluir en cualquier caso en el hecho de que la Atención Primaria no basta para atender por sí misma todas las necesidades sanitarias de la población, y que debe estar integrada por lo tanto, en el conjunto del sistema sanitario, planteando así una red necesaria e inevitablemente escalonada, a cada uno de cuyos niveles corresponden unos recursos y unas funciones concretas.

Obviamente la puesta en práctica de esta nueva filosofía sanitaria provoca inicialmente conflictos tanto en la propia estructura del sistema precedente, como en algunos sectores profesionales que sienten amenazado un supuesto papel predominante en la actuación sanitaria tradicional.

Pero incluso es lógico pensar que entre los mismos usuarios del sistema surjan dudas acerca de la bondad de este cambio estratégico.

Es bajo este prisma como se plantea la Reforma Sanitaria puesta en marcha ya en nuestro país, y especialmente en nuestra Comunidad Autónoma, y que no difiere fundamentalmente de la que todos los países con capacidad de hacerlo tratan de llevar adelante.

Así, los objetivos trazados programáticamente desde la Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía a alcanzar por la Reforma Sanitaria de la Atención Primaria son:

1. Referente al nivel de salud:

   —Aumentar el nivel de salud materno-infantil y de los niños en edad escolar..
   —Disminuir la incidencia de factores causales y favorecedores de enfermedades crónicas.
   —Disminuir la incidencia de enfermedades transmisibles, fundamentalmente de aquellas que son suceptibles de vacunación.
   —Conseguir un medio ambiente más saludable.
   —Mejorar la rehabilitación psicofísica y social de los enfermos.

2. Referente a la organización de los servicios:

   —Mejorar la calidad asistencial de manera que se desburocraticen y humanicen las relaciones indivíduos-profesionales sanitarios.
   —Promover la organización de las actividades en programas específicos con objetivos determinados cuyo grado de cumplimiento sea susceptible de evaluación.
   —Promover la participación real de la comunidad.
   —Introducir el trabajo en equipo como técnica habitual de relación.
   —Establecer un sistema de información que posibilite la evaluación del estado de salud de la población y de las actividades desarrolladas por el sistema sanitario.
   —Organizar eficazmente la atención de las urgencias sanitarias, procurando su resolución en el nivel primario.
   —Establecer mecanismos de coordinación eficaces entre el nivel primario y el resto de los niveles de atención, así como otros sectores sociales.

3. Referente a la integración administrativa.

   —Incorporar las actividades de fomento y protección de la salud a las clásicas asistenciales.
   —Promover las actividades de formación e investigación integradas en el propio sistema sanitario.
   —Incorporar la salud mental y laboral al campo de la atención primaria.
   —Incorporar la Asistencia Social al campo de la atención primaria.
   —Integrar la gestión de los servicios sanitarios dependientes de diversas administraciones públicas, posibilitando la constitución del Servicio Andaluz de Salud.
   —Sectorizar el territorio en Distritos y Zonas Básicas de Salud, para posibilitar una estructuración adecuada, una distribución racional de los recursos y un acercamiento de los medios de diagnósticos y tratamiento de la población.
   —Dotar de órganos directivos a los Distritos Sanitarios de Atención Primaria con

capacidad de gestión y planificación de recursos, para conseguir una adecuada descentralización administrativa.

* * *

Aunque obligadamente de una forma muy superficial, conviene acercarse a lo que es la realidad sanitaria de nuestra Comunidad Autónoma para proseguir con cierta coherencia este artículo:

El primer condicionante del nivel de salud de una comunidad es, como no, su situación socioeconómica. En nuestro caso con algunas características negativas: renta per cápita inferior a la nacional, tasa de desempleo muy superior a la estatal, deficiente grado de industrialización, un no muy bien ordenado aprovechamiento de los recursos naturales, el todavía muy bajo nivel de infraestructura y equipamientos en relación con la situación en el resto del país, y la existencia de un enorme sector agrario (el 30% mientras que en el Estado representa el 23%).

En cuanto a estadísticas vitales hay que decir que la tasa de natalidad ha ido disminuyendo en los últimos años, aunque aún se encuentra significativamente por encima de la media española.

TASA DE NATALIDAD (1982)

Andalucía	17,54
España	13,44

FUENTE: Movimiento Natural de la población. INE. Elaboración propia.

La tasa bruta de mortalidad es sin embargo semejante a la del conjunto del Estado.

TASA BRUTA DE MORTALIDAD (1982)

Andalucía	7,93
España	7,44

FUENTE: Movimiento Natural de la población. INE. Elaboración propia.

Esta situación determina un crecimiento vegetativo que aunque decreciente, aún es superior al del resto de nuestro país. El envejecimiento de la población andaluza es semejante al que se observa en la española.

TASA DE DEPENDENCIA SENIL(1981)

Andalucía	10,24
España	11,31

FUENTE: Censo de población de 1981. INE. Elaboración propia.

Un estudio de la mortalidad proporcional por causas, muestra en general una estructura propia de país desarrollado. Lo más importante no obstante, es la aparición de las enfermedades infecciosas y parasitarias como séptima causa de muerte, lo que no corresponde estrictamente a este patrón aludido.

MORTALIDAD PROPORCIONAL POR CAUSAS. ANDALUCIA. 1970-75-78 (%)

CAUSA	1970	1975	1978
Enfermedades Aparato circulatorio	35,80	38,19	38,18
Tumores	15,35	16,70	18,08
Enfermedades Aparato respiratorio	8,73	8,95	7,42
Accidentes, envenenamientos y violencias	4,61	4,45	4,57
Enfermedades Aparato digestivo	4,27	4,61	4,46
Enfermed. Endocrinas, de la nutrición y trastornos de la inmunidad	2,06	2,97	3,22
Enfermedades infección y parasitarias	3,46	2,60	2,09

FUENTE: Movimiento Natural de la población. INE. Elaboración Consejería de Salud y Consumo.

La mortalidad infantil y la materna presenta niveles de país desarrollado, aun cuando ambas tasas siguen siendo superiores a las del conjunto del Estado.

	Mortalidad Infantil × 100 nacidos vivos	Mortalidad Materna × 1.000 nacidos vivos
Andalucía	16,37	0,15
España	15,25	0,13

FUENTE: Movimiento Natural de la población. INE (1978). Elaboración propia.

La morbilidad es difícil de cuantificar, ya que aún no contamos con datos fiables en nuestro país (dicho sea de paso este es uno de los grandes retos a solventar por el sistema sanitario en marcha). De forma aproximada, y a partir de encuestas realizadas desde 1982 se podría concluir con esta relación ordenada de mayor a menor en cuanto a causas morbosas en Andalucía antendidas en consultas de Medicina general:

1.—Enfermedades del aparato locomotor.
2.—Enfemedades respiratorias agudas.
3.—Hipertensión arterial.
4.—Enfermedades respiratorias crónicas.
5. Enfermedades psicosomáticas.
6.—Enfermedades exantemáticas.

En relación con las «Enfermedades de Declaración Obligatoria» cabe destacar la existencia aún de bolsas de poliomielitis y lepra en nuestra Comunidad Autónoma, y las altas tasas que los procesos diarreícos y otras enfermedades de transmisión hídrica siguen presentando en Andalucía.

Cualquier lector no necesariamente relacionado con las ciencias de la salud podrá comprobar hasta qué punto los grandes problemas de salud pública están alejados de la sofisticación tecnológica con que habitualmente se nos pretende asociar a un buen sistema sanitario.

* * *

Independientemente de la «gran legislación» que en los últimos años se ha venido desarrollando, para hacer posible la reforma de nuestro sistema sanitario (Constitución de 1978, Ley de Bases de Régimen Local, Ley de Función Pública, Ley General de Sanidad, Ley del Servicio Andaluz de Salud, etc.), se ha ido generando asismismo una «pequeña legislación», producto del trabajo técnico, y que realmente garantiza la ejecución de la legislación de fondo (Mapa Sanitario de Atención Primaria, Decreto de Ordenación de los Servicios Sanitarios de Atención Primaria de Andalucía, creación del Instituto Andaluz de Salud Mental, integración de nuevas funciones como las de planificación familiar, etc..., entre las de la Seguridad Social, desarrollo de las estructuras provinciales de la Consejería de Salud y Consumo, etc.).

Pero sin duda lo más importante ha sido la definición del marco concreto donde ejecutar adecuadamente esta nueva filosofía sanitaria, ya que el Ambulatorio es una institución lo suficientemente cargada de inconvenientes como para no poder ser recuperada como referente en este proceso, salvo como espacio físico disponible.

Es así como nace el Centro de Salud, palabra clave al hablar de Reforma Sanitaria, y que es el soporte y base de actuación del Equipo de Atención Primaria. Las características fundamentales de estos Centros de Salud son:

1.º) Está diseñado desde un punto de vista arquitectónico y de equipamiento para poder asumir el conjunto de las actividades (asistenciales y de promoción de la salud) que la nueva filosofía sanitaria asigna al nivel primario.

2.º) Tiene un ámbito de actuación geográfico y poblacional concreto (Zona Básica de Salud), lo que aporta innumerables ventajas desde el punto de vista del establecimiento de prioridades de actuación según las características de la zona, y permite al usuario una relación consciente con el conjunto de profesionales a los que corresponde velar por el nivel de salud de esa zona en cuestión.

3.º) Es una estructura jerazquizada (existe un director y responsables de cada programa) que imposibilita el trabajo sin objetivos ni control, o en el mejor de los casos aislado que hoy se desarrolla en los ambulatorios.

4.º) Cuenta con órganos de participación ciudadana en la propia gestión del Centro.

5.º) El número de profesionales, su diversidad y la dedicación horaria de los mismos difiere radicalmente de lo que hoy conocemos en el medio extrahospitalario (médicos, enfermeras, personal auxiliar sanitario, trabajadores sociales, administrativos, personal subalterno...).

6.º) Posibilita claramente, y por primera vez en el ámbito asistencial de primer nivel las actividades de formación continuada del personal, de investigación y de docencia.

Está establecida asimismo la existencia de un marco superior a la Zona Básica de Salud que permita la coordinación de aquellas con un problemática sanitaria común, este es el llamado Distrito de Atención Primaria. En el caso concreto de Jerez, su término municipal en sí mismo es un Distrito de Atención Primaria, agrupando a nueve Zonas Básicas de Salud.

Una Zona Básica de Salud debe contar con un ámbito poblacional que oscile entre 5.000 y 25.000 habitantes, y un ámbito geográfico que permita que el 90 por ciento de esta población se sitúe a menos de 30 minutos del Centro de Salud, utilizando los medios habituales de desplazamiento.

Un Distrito Sanitario debe contar con un ámbito poblacional que oscile entre 40.000 y 100.000 habitantes en el medio rural, y entre 100.000 y 200.000 habitantes en el medio urbano. Se conforma geográficamente mediante la integración de Zonas Básicas de Salud completas y colindantes.

El Mapa Sanitario de Atención Primaria para Andalucía crea un total de 336 Zonas Básicas de Salud, con un promedio de 19.898 habitantes. Agrupadas en 62 Distritos con un promedio de 107.833 habitantes.

La accesibilidad planteada por este Mapa Sanitario permite que el 76 por ciento de la población andaluza se sitúe a menos de 10 minutos de su Centro de Salud, el 16 por ciento entre 10 y 20 minutos, el 5 por ciento entre 20 y 30 minutos y el 3 por ciento a más de 30 minutos.

En concreto en la provincia de Cádiz, contaremos con 48 Zonas Básicas de Salud, con un promedio de 21.408 habitantes, agrupadas en 8 Distritos.

La accesibilidad en nuestra provincia queda planteada de tal forma que el 78 por ciento de la población se sitúa a menos de 10 minutos de su Centro de Salud, el 9 por ciento entre 10 y 20 minutos, otro 9 por ciento entre 20 y 30 minutos y el 4 por ciento a más de 30 minutos.

* * *

El calendario de actuación comenzó en 1984 y está planteado hasta 1990. En concreto la provincia de Cádiz acabará 1986 con un Distrito Sanitario completo en funcionamiento (Distrito «Sierra de Cádiz» con 4 Zonas Básicas de Salud), y 4 Zonas Básicas de Salud Urbanas (Jerez, Puerto de Santa María, La Línea y San Fernando). Asimismo, aproximadamente el 40 por ciento de las inversiones necesarias se encontrarán realizadas o en fase de ejecución. Estarán elaborados y contrastados en la práctica como para poder consolidarse como actividad rutinaria en los nuevos Centros a partir del propio 1986, los siguientes programas de Salud: Planificación familiar, control de embarazo, educación maternal, control del niño sano, seguimiento y detección precoz de metabolopatías, consulta de enfermería para crónicos, vacunaciones, salud escolar, servicios de información al usuario, control de aguas de consumo, vigilancia sanitaria en playas, vigilancia y prevención de contaminación atmosférica, vigilancia epidemiológica, vigilancia y control de lepra, vigilancia y control de tuberculosis, urgencias rurales, sistema de información y registros sanitarios y salud mental.

* * *

Inevitablemente, realizar esta transformación sanitaria exije un esfuerzo económico de envergadura. Pero aumentar el gasto en una situación económica como la española resulta imposible. El gasto sanitario en nuestro pais no sólo ha aumentado en los últimos años, sino que incluso ha disminuido. En 1982 el gasto por persona protegida por el INSALUD fue de 28.692 ptas., en 1984 de 25.339 (estas cifras están planteadas en pesetas constantes de 1984). Por lo que el mencionado esfuerzo debe hacerse contando con la necesaria desaceleración del gasto del sector hospitalario y planteando una férrea política de austeridad, fundamentalmente en el sector farmacéutico. Por esta razón los profesionales que desarrollan su actividad en el medio hospitalario han visto como han debido aplazar determinadas aspiraciones con el objeto de ampliar o mejorar servicios de Atención Primaria a partir de los cuales ha comenzado la Reforma Sanitaria en Andalucía.